



**OGGETTO:** EMERGENZA SANITARIA COVID-19. MISURE DI CONTRASTO DELLA DIFFUSIONE NELLA COLLETTIVITÀ. ATTESTATO DI EFFETTUAZIONE DEL TAMPONE ANTIGENICO DEL SARS-CoV-2.

Si certifica che il / la (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

N° telefono: \_\_\_\_\_ Firma genitore (in caso di minorenni) \_\_\_\_\_

ha eseguito in data odierna il tampone antigenico rapido per il rilevamento qualitativo SARS-CoV-2, a mezzo del seguente dispositivo con il seguente risultato:

**NEGATIVO**

**POSITIVO**

IL MEDICO

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_